

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

257

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 mars 1900, à 1 heure.

Par PIERRE BRÉMONT

Né à Chaudesaigues (Cantal) le 20 Novembre 1871

DE LA

DILATATION AIGÜE

DE

L'ESTOMAC

—**—

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges { MM. CHARRIN, professeur.
THIROLOIX et DUPRÉ, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900

257

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur.

DE LA

DILATATION AIGÜE DE L'ESTOMAC

HISTORIQUE

La dilatation aiguë de l'estomac est une distension très rapide quelquefois subite de cet organe survenant à la suite de nombreuses causes que nous étudierons dans l'étiologie.

Cette maladie est connue depuis fort longtemps et malgré cela, elle est restée un peu dans l'ombre sans doute à cause de sa rareté.

Dès 1833 Duplay fait paraître un mémoire où il signale d'une façon très explicite la dilatation de l'estomac et il en donne deux cas survenus à la suite d'un repas trop copieux.

En 1868 Erdmann publie une observation sur la dilatation aiguë survenue après un fort traumatisme. Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui tombe en se penchant violemment en arrière. Immédiatement après cet accident, apparaît une tuméfaction à la région épigastrique.

En 1870 Hilton Fagge rapporte trois nouveaux cas dans le *Guy's Hospital reports*.

Les observations se multiplient et en 1870 Brinton dans son *Traité des maladies de l'estomac* décrit les symptômes de la dilatation aiguë.

En 1880 Léchaudel passe sa thèse sur les dilatations rapides de l'estomac où il cite un grand nombre d'observations.

M. le professeur Debove dans son *Traité des maladies de l'estomac* nous donne les différents traitements de la dilatation aiguë de l'estomac.

En 1896 nous avons pu observer un cas de dilatation aiguë de l'estomac avec M. le docteur Rémond à l'hôpital Cochin où il était alors interne.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici toute notre reconnaissance pour nous avoir inspiré le sujet de cette thèse dont cette observation a été le point de départ.

ÉTIOLOGIE

Les causes de la dilatation aiguë de l'estomac sont très nombreuses et très disparates. On ne peut pas assigner une origine commune à tous les cas de cette maladie. Ainsi nous la voyons survenir après un traumatisme (cas de Erdmann, *Virchow's Archives Berlin*, 1868).

Funster nous rapporte trois cas survenus après des contusions violentes à l'épigastre.

On la trouve aussi dans la convalescence des fièvres graves comme la fièvre typhoïde (1 cas rapporté dans la thèse de Le Poil, Paris, 1877) : Frankel en cite deux cas survenus après deux pneumonies graves.

Thiébaud, dans une thèse passée à Nancy, 1882, rapporte un cas survenu après une kélotomie, un autre survenu après une contusion violente de l'abdomen qui avait occasionné un épanchement sanguin péritonéal.

Henry Morris a rapporté dans le trente-quatrième volume de *The Transactions of the Pathological Society* un cas de dilatation aiguë survenue après l'administration du chloroforme. Kirch dans le *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1899, publie une observation de dilatation aiguë survenue chez un jeune homme de 19 ans après l'ingestion de trois assiettées de panade et d'une forte quantité de bière.

Enfin nous-mêmes nous avons observé un cas survenu après l'absorption de laudanum.

Comme on le voit, la cause de la dilatation aiguë est des plus variées. Mais avant d'essayer d'exposer la pathogénie d'une affection dont l'origine est si différente, il est bon d'avoir un aperçu sur l'innervation motrice de l'estomac.

A PERÇU GÉNÉRAL SUR LES NERFS MOTEURS DE L'ESTOMAC

Les nerfs qui peuvent agir sur la contractilité de l'estomac lui viennent de deux sources : du pneumogastrique et du sympathique.

Ence qui concerne le peumogastrique tous les physiologistes sont d'accord. On sait que ce nerf contient des fibres motrices pour l'estomac dès son origine ainsi que l'a démontré Chauveau en excitant le pneumogastrique dans le crâne chez les solipèdes.

Si l'on excite le vague dans la région cervicale, l'estomac se resserre et l'on peut constater souvent, même à l'examen direct, que par suite de cette constriction il prend une forme biloculaire.

L'action motrice du grand sympathique et des nerfs splanchniques est moins facile à établir. Cependant elle a été déjà signalée depuis longtemps par Adrian et par Schiff. Le premier a vu à la suite de l'excitation du plexus coeliaque et du cordon du sympathique des mouvements se propager du cardia vers le pylore.

La tunique musculuse de l'estomac, comme celle de beaucoup d'autres organes est soumise à deux actions antagonistes, l'une positive ou motrice, l'autre négative ou inhibitoire. Il est certain que l'une et l'autre peuvent coexister dans le même nerf. Ainsi on observe que

l'excitation du pneumogastrique provoque une contraction de l'anneau pylorique, et si on vient à exciter le tronc du pneumogastrique par des courants faibles à interruption rare on peut dilater le cardia.

L'excitation du *splanchnique* au contraire supprime les contractions spontanées du pylore et met la région correspondante en état de relâchement. Si l'on excite simultanément le *splanchnique* et le pneumogastrique c'est toujours l'action de ce dernier qui prédomine, mais les contractions du pylore sont moins marquées que si ce nerf était excité isolément.

Les nerfs dilatateurs ont leur origine dans la moelle et dans l'encéphale. Le centre médullaire s'étend jusque vers la cinquième dorsale ; les fibres qui en naissent gagnent le cordon sympathique, puis arrivent au cardia par l'intermédiaire du plexus aortique, l'excitation du petit *splanchnique* dilate le cardia à la condition toutefois que le pneumogastrique soit intact, de sorte qu'il s'agit probablement d'une action réflexe.

Von Openchowsky a également suivi le trajet des fibres qui régissent la constriction du cardia. Comme les fibres dilatatrices elles suivent aussi deux voies pour arriver à destination.

Les unes s'engagent dans les deux pneumogastriques et aboutissent au plexus d'Auerbach. Les autres, en moins grand nombre, passent dans la moelle, suivent les cordons antérieurs, en sortent dans l'espace compris entre les 5^e et 8^e vertèbres dorsales et arrivent enfin à leur destination par l'intermédiaire des deux nerfs *splanchniques*.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la dilatation aiguë de l'estomac présente de très grandes difficultés et de grands cliniciens s'y sont trompés. Souvent même l'autopsie seule a pu révéler la maladie. Ainsi, nous voyons le docteur Hood qui songe tout d'abord à un empoisonnement, à la vue des vomissements verdâtres du malade ; le docteur Morris qui pense à un commencement d'occlusion intestinale, d'autres pensent à une péritonite, à une appendicite.

Un signe paraît avoir une grande valeur dans l'espèce et qui est caractéristique de la dilatation que nous avons appelée aiguë, c'est l'absence de contraction quand on vient à exciter l'estomac. Hilton Fagge avait constaté qu'elles faisaient défaut dans les faits qu'il a rapportés ; cela n'étonne point, étant donnée la paralysie de l'organe. Voici les autres principaux symptômes d'après Brinton. « On voit le malade éprouver une douleur violente et sourde dans l'abdomen, une tympanite se développe. La douleur à la pression est vive sans cependant pouvoir faire supposer l'existence d'une péritonite. Il existe une tumeur considérable à l'épigastre qui envahit la plus grande partie de l'abdomen. »

Grâce à la percussion et à l'auscultation, on peut délimiter l'organe distendu outre mesure, qui occupe toute la partie antérieure de la cavité abdominale. « Les parois abdominales sont elles-mêmes inertes et dans le relâchement. Dans les cas anciens où existe une émaciation prononcée, elles sont amincies au point de permettre de constater le même état de la musculature de l'estomac. L'anorexie est constante, et la prostration extrême. Tel est l'ensemble de symptômes qui caractérisent la dilatation gastrique dont nous nous occupons et qui exclut les autres variétés de développement exagéré de l'estomac. »

« Malgré la vague et l'obscurité, dit Brinton, qui dérobent la nature de cette affection, je crois que la réunion de ces symptômes démontre qu'il y a là une lésion du système nerveux de l'estomac. Muqueuse, musculature, sécrétion, mouvement, tout est entravé. En un mot ce n'est pas seulement le système nerveux du grand sympathique, mais le système cérébro-spinal qui a subi une grave atteinte.

Voyons maintenant avec quelles maladies on a pu confondre la dilatation aiguë de l'estomac.

La douleur qu'éprouve le malade dans l'abdomen a pu faire croire à une appendicite ; tel est le cas que nous avons observé, mais dans l'appendicite, la douleur est en général plus localisée, et il est un point où la douleur est plus vive, c'est le point de Mac-Burney qui occupe le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

La douleur de la péritonite aiguë est plus vive et le

malade a une sensibilité telle que le simple poids des couvertures lui est insupportable.

Mais c'est surtout avec le début d'une occlusion intestinale que l'on a confondu souvent la dilatation aiguë de l'estomac : tel est le cas rapporté par Morris.

L'erreur cependant ne pouvait exister longtemps, car le malade ne tardait pas à rendre des selles sous l'influence d'un lavement.

Tel est encore le cas qui fait le sujet de notre observation. M. Guinard fait une laparotomie croyant à une obstruction intestinale. Ce diagnostic est d'autant plus difficile qu'on ne pense pour ainsi dire jamais à la dilatation aiguë de l'estomac. Il semble cependant que par l'éclairage électrique de l'estomac, la gastro-diaphanie, on puisse apprécier ses dimensions. Cette méthode d'exploration pourrait, ce semble, rendre de grands services pour faire le diagnostic. D'autre part, dans l'occlusion intestinale l'arrêt des matières et des gaz est absolu, les vomissements deviennent fécaloïdes, autant de signes qui n'existent pas dans la dilatation aiguë.

PRONOSTIC

Le pronostic de la dilatation aiguë de l'estomac est tout-à-fait grave, il n'y a qu'à lire les observations que j'ai rapportées pour s'en convaincre.

Dans le cas du D^r Humby la mort arriva le 11^{me} jour. Dans celui du D^r Bennett la mort survint le 9^{me} jour. Dans le cas du docteur Fagge les symptômes furent plus aigus, la mort arriva au bout de trois jours.

Morris donne une observation où la mort arriva en moins de deux jours et enfin Hood cite un cas où la mort survint au bout de 12 heures.

Comme on le voit la mort arrive souvent très vite avant même qu'on ait pu porter un diagnostic précis.

Un accident des plus graves qui peut survenir dans cette maladie, c'est la rupture de l'estomac.

Elle succède tantôt à des crises de vomissements violents, comme dans le cas de Newmann, ou à un traumatisme comme dans une observation de Buist. Ces déchirures ont lieu en général au niveau d'une cicatrice ancienne d'origine traumatique ou ulcéreuse.

A côté de ces cas si graves qui marchent avec une effrayante rapidité, il en est d'autres plus bénins où la guérison peut survenir, comme dans trois observations de Funster. Nous allons maintenant étudier par quels moyens on peut obtenir la guérison.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans toutes les observations que j'ai rassemblées et où l'autopsie a été pratiquée l'estomac était énormément dilaté. Ainsi, dans le cas de Hilton Fagge, l'estomac s'étendait de la face inférieure du diaphragme jusqu'au pubis. Le côlon transverse était refoulé derrière l'estomac et l'intestin grêle était logé presque en totalité dans l'excavation.

Dans le cas de Miller et Humby l'estomac distendu dans d'énormes proportions occupait la totalité de l'abdomen.

Cette poche, qui représente l'estomac ayant perdu ses rapports normaux et excessivement dilaté, peut contenir des quantités énormes de liquide. Les parois de l'estomac sont amincies et transparentes. Les coupes soigneusement examinées au microscope n'ont généralement rien révélé.

Ainsi dans le cas cité par Henry Morris le Dr Goodhart examina une coupe de l'estomac mais il n'y trouva aucun changement.

Le contenu de l'estomac était tantôt noirâtre, tantôt verdâtre, il comprenait les matières ingérées pendant la vie présentant une plus ou moins grande décomposition suivant le nombre de jours qu'elles avaient séjourné dans l'estomac.

PATHOGÉNIE DE LA DILATATION AIGUE DE L'ESTOMAC

Les observations que nous avons pu recueillir plaident d'une façon évidente en faveur d'une paralysie de l'estomac. En dépit de toutes les investigations, la vérification nécropsique n'a rien révélé qui pût donner la raison de cette dilatation aussi soudaine que disproportionnée. Pas de rétrécissement de l'orifice pylorique, pas de contracture spasmodique de son sphincter à invoquer, comme on l'a fait pour les cas qui présentaient les traces d'un ulcère de cette région, pas de dégénérescence, ni altération quelconque des tuniques autres que leur prodigieuse distension. On ne pourra donc pas contester qu'un pareil processus ait pu se développer autrement que par l'abolition subite et complète de la contractilité de l'organe.

Puisqu'il n'a pas été possible de découvrir la moindre action extérieure et étrangère pour produire un semblable résultat, où faut-il en chercher la cause sinon dans l'estomac lui-même qui est devenu impuissant à remplir ses fonctions et à réagir sur l'aliment pour lui faire suivre sa voie habituelle. Et quand même on aurait trouvé un ulcère de l'estomac cela n'aurait pas suffi à expliquer l'explosion brusque et presque foudroyante des accidents.

L'obstruction du pylore par néoplasie, les inflammations et même les altérations des parois viscérales ne sauraient amener la dilatation qu'au bout d'un temps plus ou moins long.

Le facteur essentiel de la dilatation, l'atonie musculaire n'apparaît que graduellement dans ces conditions ; c'est à la fatigue et à l'épuisement prolongé que le muscle finit par céder.

Ici, il n'y a rien de tout cela : nous restons en présence d'une fibre musculaire qui a conservé son intégrité et qui subitement, sans raison appréciable, à l'examen, se trouve privée de sa propriété vitale et frappée d'une inertie absolue.

N'est-ce pas là ce qu'on nomme paralysie ? et cette cause où faut-il la chercher sinon dans la fonction nerveuse ? Ce qui ressort des observations que nous allons passer en revue, c'est que la paralysie de l'estomac a été le point de départ de la dilatation que nous verrons atteindre des proportions si considérables et se terminer rapidement par la mort. Qu'y a-t-il d'invraisemblable dans cette opinion ? N'en est-il pas de même des autres organes ?

Le Dr Henrot a rapporté dans sa thèse un cas de paralysie aiguë de l'intestin. Il s'agissait d'un homme qui présenta les symptômes d'un étranglement interne, auquel il succomba rapidement. L'examen le plus attentif des organes ne permit de découvrir aucune espèce d'obstruction.

Les accidents ne pouvaient se rattacher qu'à une

paralysie de nature nerveuse survenue sous l'influence d'une cause indéterminée.

Dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, M. Luton nous dit : « Le muscle gastrique est susceptible, comme tous les autres muscles, d'être frappé de paralysie et par conséquent de ne plus réagir sur le contenu de l'estomac qui se laisse alors distendre d'une manière passive. Cette forme de paralysie a été comparée à celle de la vessie. Il est probable qu'elle peut avoir une double origine, nerveuse ou musculaire ».

Cette comparaison de l'estomac avec la vessie remonte à Lieutaud : « Ne puis-je pas assurer, disait-il, que la perte, dans un cas de dilatation, de mouvement et peut-être même de sensation de l'estomac, maladie très semblable à celle qui arrive quelquefois à la vessie dans un âge avancé, a été la source de cette dilatation.

Et, continuant notre comparaison, le cœur lui-même ne se dilate-t-il pas sous certaines influences, par exemple un traumatisme ? Et à cet égard il me suffira de rapporter l'expérience classique de Goltz qui consiste à arrêter le cœur en diastole par une percussion de l'intestin.

Pourquoi refuser à l'estomac ce qui se passe pour le cœur puisque le même nerf, le pneumogastrique, gouverne l'un et l'autre ?

Ainsi il n'y a rien d'étonnant à voir une paralysie de l'estomac après un traumatisme violent. Les exemples en sont assez nombreux : tel est le cas cité par Erdmann dans les archives de Berlin 1868, tels sont

les 3 cas de Funster où la dilatation aiguë survint à la suite d'un violent coup à l'épigastre.

M. le professeur Wertheimer, de Lille a émis l'opinion que ces cas de dilatation survenus à la suite de traumatisme pouvaient s'expliquer par action réflexe. Le relâchement et l'arrêt des mouvements sont dûs à un réflexe inhibitoire, à une action antitonique ayant son point de départ dans les nerfs sensibles comme dans l'expérience classique de Goltz. Au lieu de partir de la périphérie, le réflexe peut avoir son origine dans les centres. C'est ainsi que chez un malade dont parle Andral la dilatation eut lieu à la suite d'une syncope causée par une frayeur.

Mais il n'y a pas seulement que les coups qui agissent sur l'innervation de l'estomac, certaines maladies comme la fièvre typhoïde, la pneumonie peuvent aussi produire des dilatations aiguës. Le professeur Damaschino l'avait déjà signalé. « Pendant la convalescence des fièvres graves on peut voir apparaître des distensions rapides et considérables de l'estomac qui donnent lieu à ce qu'on a appelé une dilatation aiguë. » Tel est le cas rapporté par Le Poil dans sa thèse de Paris (1878) et où il s'agit d'un malade ayant eu la fièvre typhoïde.

Les fièvres graves peuvent agir d'une autre façon. Dans la fièvre typhoïde, par exemple, il y a des altérations granulo-graisseuses de la plupart des muscles de l'économie. Il n'y a pas exception en ce qui concerne le muscle de l'estomac. M. le docteur Morris, de Londres, a constaté un cas de dilatation aiguë de l'estomac

après l'administration du chloroforme ; nous-même avons pu en observer un cas après une ingestion de laudanum. Comment expliquer ces deux cas de dilatation aiguë rapportés dans nos observations ?

L'intoxication par le chloroforme ou par le laudanum ont agi peut-être sur l'élément musculaire en altérant les fibres musculaires, ou secondairement sur celles-ci en anesthésiant la muqueuse dont l'excitation provoque la contractilité de l'organe. Peut-être aussi le chloroforme et le laudanum ont-ils porté leur action sur les terminaisons nerveuses de l'estomac et cet organe n'étant plus sous la domination du système nerveux s'est-il laissé distendre outre mesure. Cela est possible. Ne voyons-nous pas les vaisseaux se dilater sous l'influence de certaines substances comme l'atropine par exemple ? Et cette dilatation, à quoi est-elle due sinon à l'action du poison sur les nerfs des vaisseaux ?

Comme on le voit, les causes de la dilatation aiguë sont multiples. Dans certains cas causés par le traumatisme la dilatation se produit par un réflexe.

Ce réflexe, d'après le professeur Wertheimer, de Lille, a son point de départ dans les nerfs sensitifs.

Dans d'autres cas comme dans les fièvres graves, les maladies cachectisantes (tuberculose pulmonaire), la dilatation s'explique par la dégénérescence des fibres musculaires.

Certaines substances comme le chloroforme et le laudanum produisent la dilatation en agissant sur les terminaisons nerveuses du pneumogastrique et aussi du sympathique.

Une autre cause assez fréquente y donne souvent lieu, nous voulons parler de cette distension extraordinaire que l'on observe quelquefois à la suite de certains traumatismes.

Dès 1873 M. Kœberlé signalait la fréquence et la gravité des accidents dûs à la distension de l'estomac et insistait sur la nécessité d'une évacuation prompte et renouvelée de l'organe. M. le professeur Gross a également été témoin d'un cas où l'expansion de ce viscère fut le plus sérieux phénomène qui se déroula à la suite d'une opération de hernie étranglée. Une seule évacuation par la sonde œsophagienne amena une détente si rapide dans les phénomènes généraux que l'auteur attribue à l'emploi du cathétérisme le salut de la patiente. Dans d'autres cas malgré des lavages répétés on ne parvient pas à conjurer les accidents, tel est le cas cité par Thiébaut dans sa thèse de Nancy, 1882.

L'inflammation de la séreuse abdominale et même en dehors de tout travail phlegmasique, une simple irritation péritonéale peut par effet réflexe donner lieu à des vomissements incoercibles avec expansion énorme et rapide de l'estomac. Tel est le fait dont M. Bernheim fut témoin et qui est publié dans la thèse de Thiébaut, Nancy, 1882.

Brinton signale en termes très explicites cette paralysie essentielle aiguë de l'estomac.

« On sait qu'un poids considérable suspendu brusquement à l'extrémité d'un muscle volontaire, non seulement en allonge les fibres, mais encore leur fait per-

dre toute puissance contractile. On sait également que, l'énorme distension qui se produit dans le cas d'occlusion intestinale rend bien vite inutiles les efforts par lesquels la tunique musculaire cherche à faire passer les matières au travers du point rétréci.

Eh bien ! il est probable que la dilatation rapide de l'estomac épuise de la même manière la faculté contractile de ses fibres musculaires, qui non seulement sont mises hors de combat à force d'être allongées, mais cessent de pouvoir se contracter en raison de l'altération qu'elles subissent dans leur nutrition ». Ainsi s'expliquent les cas de dilatation aiguë ou chronique chez des gens qui se dérobent aux règles d'une bonne hygiène : un gros mangeur qui dans un repas copieux remplit outre mesure son estomac, un employé qui ne peut faire qu'un repas copieux par jour (observation de Duplay).

On peut encore rapprocher de ces faits celui du convalescent longtemps astreint à la diète et qui commet un excès d'alimentation.

TRAITEMENT DE LA DILATATION AIGUE DE L'ESTOMAC

Lorsqu'on a reconnu chez un malade une dilatation aiguë de l'estomac, quelle devra être la conduite du médecin ?

On devra d'abord employer le traitement commun à toutes les dilatations. Le massage dans certains cas a paru rendre des services. L'électricité a donné de très bons résultats : ainsi les trois cas de dilatation aiguë survenus après des coups violents sur l'épigastre ont été guéris par l'application de courants induits. Ces trois observations de Funster se trouvent parmi les observations que j'ai pu recueillir. La réfrigération a donné aussi quelques succès : ainsi le malade de Erdmann guérit grâce à elle.

Le lavage de l'estomac, dit M. le professeur Debove, semble avoir produit les meilleurs résultats dans le traitement de la dilatation. Dans l'atonie musculaire simple, le lavage agit de deux façons : d'abord il débarrasse la muqueuse du contact irritant des aliments en voie de putréfaction. D'autre part, l'action de l'eau froide produit une stimulation des fibres musculaires lisses ; elle augmente leur tonicité et leur permet peu à peu de retrouver leur contractilité normale.

Mais dans les cas de dilatation aiguë tous ces moyens peuvent échouer, on est alors obligé d'avoir recours à la chirurgie. Bircher s'est proposé de rétrécir l'estomac.

Au lieu d'employer la résection qui est une opération dangereuse, il a cherché à diminuer la capacité de l'estomac en diminuant les parois et en leur faisant subir un véritable repli. M. Rémond et M. le professeur Jeannel de Toulouse ont essayé la gastro-entérostomie comme traitement de la dilatation aiguë de l'estomac. L'opération fut faite avec toutes les précautions voulues et le jéjunum abouché à la partie déclive de l'estomac par un rang de sutures intéressant toute l'épaisseur des parois des deux organes et par deux rangs concentriques de sutures séro-séreuses.

Malheureusement le malade mourut, le quatrième jour après l'opération, de la cachexie dans laquelle il était tombé.

Nous dirons avec M. le professeur Debove qu'il est encore bien difficile de poser des indications. Les faits sont encore trop peu nombreux pour permettre de conclure.

L'opération de Bircher, moins grave et moins longue que la gastro-entérostomie, semble se prêter mieux aux nécessités de la situation.

OBSERVATION I (personnelle).

Le 15 décembre 1896, entré à l'hôpital Cochin à 1 heure du matin, un jeune homme de 19 ans. Il entra pour des vomissements incoercibles et un ballonnement considérable de l'abdomen. On ne put pas avoir de renseignements immédiats, car le malade ne pouvait pas parler et les parents s'étaient retirés sans qu'on les ait interrogés. Le chirurgien de garde, M. Guinard, fut aussitôt appelé et son diagnostic fut hésitant entre une obstruction intestinale et une péritonite d'origine appendiculaire. Mais comme l'état du malade était grave, il décida une laparotomie médiane qu'il pratiqua aussitôt. A l'ouverture du ventre, le chirurgien ne constata ni sérosité ni inflammation du péritoine ; ce qui attirait tout de suite l'attention, c'était l'énorme dilatation de l'estomac qui descendait jusqu'au pubis. On chercha le point d'oblitération de l'intestin qui aurait pu occasionner une telle distension, mais ce fut en vain, il n'en existait nulle part. On introduisit alors une sonde œsophagienne et on put retirer un liquide noirâtre ayant une forte odeur de laudanum.

Le lendemain on apprit par la mère que son fils, souffrant de l'estomac, avait absorbé du laudanum dans l'espoir de se soulager. Comme la première absorption de laudanum ne suffisait pas, le malade en avait ingéré une deuxième fois.

La mère évaluait à peu près la dose de laudanum absorbée à deux grammes.

Cependant, comme l'estomac ne revenait pas sur lui-même, malgré l'emploi de la sonde, M. Guinard décida une gastrostomie mais le malade mourut pendant l'opération, en partie suffoqué par les matières vomies qui s'engageaient

dans la trachée. Ce fut en vain que l'on fit la respiration artificielle et la trachéotomie.

Autopsie. — A l'autopsie on trouve l'estomac aplati mais descendant jusqu'au pubis. Il est incisé le long de la grande courbure, mais on ne trouve pas de lésions appréciables, pas de sténose pylorique, pas de tumeur comprimant le pilore.

L'examen microscopique fut fait par M. Rémond. Il ne put y découvrir aucune lésion, pas de dégénérescence graisseuse ou granulo-graisseuse, il y avait tout simplement une elongation des fibres musculaires.

Le duodenum était très légèrement dilaté. L'intestin grêle n'était ni dilaté ni aplati.

OBSERVATION II

Dilatation aiguë de l'estomac après un traumatisme.

Erdmann. Virchow's Archives, Berlin, 1868.

Le 5 novembre 1867 se présente un malade dont l'état est le suivant : Nicolas K. âgé de 18 ans, est tombé il y a 5 jours *en se penchant violemment en arrière*. Il prétend avoir observé, *immédiatement après cet accident une tuméfaction de la région épigastrique*.

Celle-ci en effet, présente un ballonnement considérable rappelant la forme d'un coussin à air et dont la surface se trouve de niveau avec la poitrine. La tumeur est délimitée en bas par une ligne horizontale passant par l'ombilic et si nettement tranchée que toute la portion de l'abdomen située au-dessous d'elle, jusqu'à la symphise du pubis en paraît excavée. La peau qui recouvre la tumeur ne présente rien d'anormal. La palpation fait percevoir une résistance pareille à celle qu'offrirait un coussin à air et ne provoque aucun

bruit particulier. La percussion donne un son clair, tympanique.

A l'auscultation on entend du gargouillement et du souffle. La pression ne donne lieu qu'à des douleurs modérées, l'introduction des aliments détermine probablement des douleurs car le malade refuse presque toute nourriture depuis le début de la maladie.

Le malade guérit grâce à la réfrigération qui fit disparaître la douleur et la tuméfaction (thèse de Le Poil).

OBSERVATION III

Funster. Dilatation aiguë de l'estomac à la suite d'un coup à l'épigastre.

Berthe L... 21 ans domestique.

Elle eut jusqu'à 17 ans une santé parfaite. Réglée à 13 ans et sans accident, elle n'a jamais eu de faiblesses, ni de convulsions.

Il y a 4 ans un domestique lui porte un coup violent à l'épigastre, de là, une vive douleur au creux de l'estomac et un peu plus tard une attaque convulsive avec perte de connaissance. Cette douleur persiste aussi les jours suivants, la région de l'estomac se gonfle et des vomissements répétés n'apportèrent aucun soulagement.

D'abord la tuméfaction disparaît après quatre jours et avec elle les autres symptômes gastriques.

Pendant les intervalles remplis du reste par différents maux (céphalalgie, violents points de côtés à l'estomac), les attaques convulsives se répètent. Au début on trouve des émotions, un refroidissement des extrémités, l'usage d'aliments indigestes.

Jamais elle n'eut d'hématémèse.

Par suite de l'exacerbation de ses souffrances la malade vint à l'hôpital et présenta l'état suivant.

L'abdomen était gonflé, tendu, douloureux et surtout l'épigastre. A 2 centimètres au-dessus de l'ombilic se voyait clairement un contour demi-circulaire à convexité regardant en bas. La percussion dénote une zone de sonorité tympanique offrant exactement les mêmes limites et même forme que l'estomac.

La douleur et la dilatation disparurent sous l'influence de courants induits.

OBSERVATION IV

Une nouvelle observation a trait à une jeune fille de 20 ans, domestique qui tomba d'une voiture de foin et se heurta l'abdomen contre le timon du véhicule. Une douleur violente, une sensation de brûlure, des vomissements, le développement du ventre furent la cause de ce traumatisme. L'application des courants induits apporta une grande amélioration et les symptômes disparurent.

OBSERVATION V

Le troisième cas est en tout semblable aux précédents.

Il s'agit d'une jeune fille de 13 ans qui se heurta violemment l'abdomen sur une chaise. Ce choc fut suivi de gonflement et de vomissements fréquents. Cette malade fut aussi guérie par des courants induits.

OBSERVATION VI

(Andral).

Dilatation survenue après une émotion, une syncope.

Une femme âgée de 23 ans, institutrice, avait toujours joui d'une bonne santé. Elle vint à Paris, sa santé ne tarda pas à s'y altérer sensiblement. Son appétit diminua, ses digestions devinrent difficiles et vers le mois de juin 1821, après avoir éprouvé une vive frayeur, dont une syncope assez prolongée fut le résultat, elle commença à vomir de temps en temps soit des aliments soit des boissons. Elle ne les rejetait ordinairement que plusieurs heures après leur ingestion.

Duplay 1833.

Parmi les lésions qui accompagnent l'ampliation morbide de l'estomac, il en est un certain nombre qui expliquent d'une manière toute mécanique la distension du viscère et son ampliation normale. Mais dans d'autres cas la lésion n'est plus appréciable pour nos sens, le scalpel ne peut plus la découvrir. A l'autopsie on trouve l'estomac énormément développé mais on ne peut plus trouver la cause qui a présidé à cette singulière ampliation. Duplay cite deux observations de Lieutaud.

OBSERVATION VII

Dilatation aiguë de l'estomac après un repas copieux.

Une femme est prise *tout à coup* après un repas copieux de douleurs à l'épigastre ; elle meurt, en peu de temps ; à l'ouverture du cadavre, l'estomac était distendu d'une manière très remarquable et présentait des traces d'inflammation.

OBSERVATION VIII

Un jeune homme, d'une santé très délicate, éprouve tout à coup après le repas, une difficulté énorme pour respirer, et une tuméfaction considérable du ventre ; il meurt presque subitement.

Le corps est ouvert ; l'estomac était d'une grandeur si considérable que non seulement il occupait tout le ventre, mais encore la plus grande partie de la poitrine. Le diaphragme considérablement distendu était repoussé par le viscère. Les poumons étaient en partie détruits par la suppuration. Le cœur était petit ; le foie descendait très bas, la rate était très petite.

« Ne puis-je pas assurer, disait Lieutaud, que la perte de mouvement et peut-être même de sensation de l'estomac maladie très semblable à celle qui arrive à la vessie dans un âge avancé, a été la source de ce désordre ? »

OBSERVATION IX

Observation de Hilton-Fagge. *Guy's Hospital Reports* 3^e série, vol. 18.

Dilatation aiguë de l'estomac terminée par la mort survenue au bout de 3 jours ; absence de toute autre lésion à l'autopsie.

William S... 30 ans, fut admis à Guy's Hospital dans le service du Dr Rees le 7 décembre 1870.

Il avait toujours eu une bonne santé jusqu'au mois de janvier 1878 où il avait eu une attaque de rhumatisme.

Le dimanche matin 18 décembre. — Le malade paraissait

très anxieux et très alarmé. Le poulx était petit au-dessous de la normale.

L'abdomen n'était nullement distendu, c'est plutôt le contraire qui existait. Les muscles droits étaient contracturés.

La percussion donnait un son général tympanique ; mais au-dessus du pubis, à mi-chemin à peu près entre lui et l'ombilic, le son était mat.

En donnant un coup sec sur cette région ou au niveau de la fosse iliaque, on produisait un gargouillement bruyant.

J'étais dans l'impossibilité de me faire une opinion sur la cause des nausées et sur la nature de l'affection abdominale.

Le poulx s'affaiblit graduellement et le malade mourut dans l'après-midi.

Je fis l'autopsie le lendemain.

Le cerveau était sain.

Les poumons étaient congestionnés. On n'y trouva pas de tubercule. Le cœur était sain.

A l'ouverture du ventre l'estomac fut presque le seul organe visible. Il s'étendait depuis la face inférieure du diaphragme jusqu'au pubis : une ligne oblique menée dans cette direction mesurait 13 pouces. L'organe s'infléchissait alors brusquement en haut pour gagner la surface inférieure du foie, où le pylore occupait sa position normale.

La grande courbure de l'estomac remplissait aussi le contour de la cavité abdominale, la petite courbure était repliée brusquement sur elle-même à angle aigu. Le côlon transverse vide et contracté se trouvait en arrière et au-dessus de l'estomac. L'intestin grêle était également vide, il était logé presque en totalité dans l'excavation pelvienne tassé à tel point que sa forme arrondie était devenue anguleuse.

Le foie était repoussé au-dessus des fausses côtes. Il était sain ainsi que la vésicule biliaire.

Ainsi on ne trouvait dans le corps aucune affection qui pût expliquer la mort du malade, si ce n'est la dilatation d'estomac. Le pylore avait son diamètre normal.

OBSERVATION X

Tirée du Traité de pathologie de Muller et Humby.

X..., 48 ans, fut atteinte de vomissements qui durèrent toute la nuit du 6 mars 1853. Le liquide rendu remplissait les bassins. Le 8 les vomissements avaient un peu diminué ; le ventre était affaissé et déprimé ; elle entendait moins de gargouillements dans la région de l'estomac.

Le lendemain, les vomissements se calmaient, mais la malade paraissait plus abattue et plus souffrante. On donna un lavement pour la soulager. Le 10, ces vomissements insupportables avaient entièrement cessé. On s'aperçut d'un gonflement considérable de tout l'abdomen à partir de la fosse iliaque gauche, à l'exception de la partie située à droite d'une ligne menée de l'appendice xyphoïde à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le ballonnement était tympanique.

Le 11. — Il était mat et donnait la sensation de flot ; la malade avait envie de vomir quand on pressait sur le ventre. Pendant les trois jours qui suivirent, l'état resta le même, la tumeur abdominale devenant volumineuse et fluctuante.

Le 14. — Le Dr Watson la vit et exprima l'opinion qu'il était fort difficile de poser un diagnostic précis et pensa à une occlusion intestinale.

Le 17. — La malade succomba.

M. Humby fit l'examen du ventre. Les viscères abdomi-

naux étaient sains ; mais l'estomac distendu dans d'énormes proportions occupait la totalité de la tumeur abdominale.

Un dessin qui accompagnait l'observation dans le traité de Path montrait l'estomac remplissant tout le ventre au-dessous et à gauche d'une ligne menée de l'appendice xyphoïde à la crête iliaque droite.

L'intestin grêle était réduit à un très petit volume et complètement refoulé dans l'excavation pelvienne.

OBSERVATION XI

**Tirée des « Principes et pratiques de la médecine »
de Hugues Bennet.**

Allan B..., 26 ans, doreur, entré le 26 novembre 1856 pour un empyème.

13 décembre. — La nuit dernière vers onze heures, il fut pris d'une vive douleur dans la partie supérieure du ventre qui l'empêcha de dormir. Le matin, la douleur persistait faiblement ; elle augmentait par une pression forte, mais on pouvait facilement exercer une pression légère.

15 décembre. — Continue à se plaindre de sa douleur de ventre. Il y a une tension extrême à la palpation et une distension avec tympanisme dans tout le côté gauche.

Pouls à 96, faible, mou.

19 décembre. -- Une rémission se produit dans les symptômes.

Le 20. — Les vomissements reparaissent en même temps que l'on observe de la douleur abdominale et de la tension comme le 18.

Mort le 22 à 2 heures.

A l'autopsie pratiquée 28 heures après le décès on trouva

l'estomac énormément dilaté, s'étendant jusqu'au pubis et recouvrant tous les autres viscères à l'exception d'une partie du lobe droit du foie et du colon. En l'ouvrant on le trouva distendu par des gaz et un peu tordu sur lui-même à la jonction du cardia et de l'œsophage. Toutes ses tuniques étaient très minces. La muqueuse était saine sans qu'on put y constater aucune altération.

OBSERVATION XII.

Un cas de dilatation aiguë de l'estomac avec mort quarante heures après le début des vomissements par Henry Morris.

Alfred S..., âgé de 37 ans, valet de chambre fut admis à l'hôpital dans mon service le 9 octobre 1882, pour une suppuration de la jointure du pied droit.

A son entrée, on remarquait que le malade était maigre, la figure sèche, le tour des yeux cerclé de noir. Il se plaignait de son pied droit. Comme la jointure était pleine de pus, on l'ouvrit après avoir administré le chloroforme au patient.

Tout alla bien jusqu'en novembre où on fut obligé de rouvrir l'articulation pour voir s'il n'y avait pas de séquestre, la température était en effet remontée.

L'opération dura environ une demi-heure.

Mais environ une heure après la cessation du chloroforme le malade commença à vomir de grandes quantités d'un liquide vert et cela sans difficulté et sans effort.

Les vomissements se répétèrent à de fréquents intervalles durant toute la nuit et tout le jour suivant jusqu'au moment où le malade mourut le 13 novembre au matin.

Le médecin assistant en voyant les vomissements avait cru à un commencement d'obstruction et avait examiné le

malade en ce sens, mais rien n'était venu confirmer cette idée.

Le pouls était petit et rapide. Les extrémités étaient froides.

Les vomissements étaient aussi fréquents, mais la matière vomie en moins grande quantité.

L'autopsie fut faite par le Dr Fowler.

L'estomac était énormément dilaté, quoique sa face antérieure fût plane. Ses mesures étaient :

Diamètre transverse 7 pouces.

— oblique 12 —

— vertical 4 —

Il occupait presque toute la partie antérieure de l'abdomen et descendait à trois pouces de la symphise pubienne.

Les intestins étaient cachés derrière l'estomac. L'estomac contenait en grande quantité un liquide verdâtre qui adhérerait à ses parois. La muqueuse du cardia comme celle de la grande courbure était très enflammée.

L'intestin grêle était congestionné sur sa face péritonéale mais il était sain à tout endroit. Ce gros intestin était affaissé. Il n'y avait pas d'obstruction.

La vessie était rétractée et contenait un peu d'urine.

Le foie était induré. Les deux oreillettes du cœur étaient distendues par du sang noir et le ventricule droit renfermait un caillot de fibrine qui s'étendait dans l'artère pulmonaire. Les valvules et le péricarde étaient normaux. Les deux poumons étaient emphysémateux et dans chacun des lobes supérieurs on trouvait une cavité.

Dans le reste du poumon droit on trouvait des granulations miliaires. Les cartilages de l'articulation du pied droit étaient ulcérés à ce point que celui du tibia avait été complètement détruit.

Le Dr Goodhart examina soigneusement au microscope une coupe de l'estomac mais il n'y trouva aucun changement.

L'auteur de cette observation fait remarquer que l'on a attribué au chloroforme la mort du malade, mais cela sans raison suffisante. Je ne connais pas, dit-il, de cas de mort par le chloroforme où l'estomac était dilaté. Le chloroforme tue par asphyxie ou par arrêt du cœur.

Les autres cas semblables au mien sont celui de Hugues Bennett qu'il a rapporté dans son livre (*Principles and Practice of Medicine*) ;

Les deux cas du Dr Hilton Fagge dans le 18^e volume de *The Guy's Hospital Reports*.

Un cas d'Andral dans sa *Clinique médicale*.

Dans le cas d'Andral les symptômes étaient moins graves mais plus prolongés.

Dans le cas du Dr Humby la mort arriva le 11^e jour.

Dans celui du Dr Bennett la mort survint le 19^e jour.

Dans les cas du Dr Fagge les symptômes furent plus aigus la mort arriva au bout de 3 jours.

Dans le mien la mort fut plus rapide encore puisqu'elle arriva en moins de deux jours.

OBSERVATION XIII

Dilatation aiguë après une fièvre typhoïde.

Un jeune homme de dix-huit ans fait une fièvre typhoïde. adynamique (service de M. Oulmont à l'Hôtel-Dieu). Après six semaines de maladie, en pleine convalescence, il se plaint d'une vive douleur abdominale et principalement dans le flanc gauche. A la percussion l'hypochondre gauche donne

un son tympanique qui s'étend jusqu'à l'ombilic mais qui se distingue nettement du son que donne l'intestin.

Par la succussion bruit de flot :

Le malade fait des écarts de régime. L'estomac est douloureux à la percussion, l'abdomen est météorisé et douloureux.

Le malade perçoit lui-même le flot stomacal. L'estomac remonte jusqu'au-dessus du mamelon gauche. Pas de tympanisme intestinal.

Après un régime approprié le malade sort guéri 27 jours après le début de la dilatation (thèse Le Poil, 1877).

UN CAS DE DILATATION AIGUE DE L'ESTOMAC PAR HOOD

Les cas de dilatation aiguë de l'estomac sont rarement consignés dans nos ouvrages. L'exemple suivant est un beau cas de cette maladie.

Par plusieurs côtés il ressemble à celui que M. Morris a rapporté dans le trente-quatrième volume de « *The Transactions of the Pathological Society* ». Il en diffère cependant en ce que la maladie a été plus rapide. La mort est en effet survenue 12 heures après le début des vomissements. Trente-six heures avant de mourir le malade ne présentait aucun symptôme alarmant. Lorsque le docteur Hood vit les vomissements pour la première fois il pensa à un empoisonnement mais cette idée dut être écartée.

OBSERVATION XIV

L. C..., jeune fille de 19 ans fut admise à l'hôpital le 24 décembre 1890. D'après les dires de ses amis, la malade avait été toujours un peu pâle mais malgré cela elle paraissait avoir une bonne santé. Quelques heures avant d'entrer à l'hôpital elle travaillait comme domestique. Elle ne s'était plainte que le matin de son entrée. Elle disait souffrir du gosier et avoir de la peine à respirer. Un médecin appelé lui conseilla de venir à l'hôpital.

A son admission cette jeune fille parut délicate et anémique. En outre la moitié de la face était enflée et on pouvait à peine lui ouvrir la bouche, à tel point que la respiration était sérieusement empêchée et on songea un moment à la trachéotomie.

Le 26 décembre. — La malade cracha du pus en grande quantité après quoi elle se trouva énormément soulagée.

Le 29. — Elle parut très malade. Elle était dans un état de prostration tel que ce fut impossible de l'examiner avec soin. La malade commença à vomir un liquide verdâtre d'odeur infecte. Ensuite le liquide devint noir comme de l'encre et demeura ainsi jusqu'à la mort. Les vomissements continuèrent avec à peine quelques rémissions et la malade mourut soudainement.

Autopsie. — En ouvrant l'abdomen, l'estomac apparut énormément distendu, il atteignait l'ombilic et descendait jusqu'à la région lombaire de chaque côté. Il contenait environ deux quarts d'un liquide noir ayant les mêmes caractères que celui qui avait été vomi pendant la vie. On ne put trouver aucune érosion sur l'estomac. Avec cette extrême dilatation de l'estomac on trouva une péricardite purulente.

A l'œil nu l'estomac présentait des membranes minces, transparentes. Une coupe préparée pour le microscope fut malheureusement perdue.

OBSERVATION XVI

Contusion violente de l'abdomen ; épanchement sanguin péritonéal. Dilatation aiguë de l'estomac avec refoulement du diaphragme ; emploi du syphon ; cessation des accidents.

On amène dans notre service, salle Saint-Léon, un homme d'une quarantaine d'années qui vient de faire une chute de sa hauteur. Il est tombé sur le côté de façon que son flanc est tombé sur une poutre reposant sur le sol.

Le blessé se plaint d'une douleur vive dans tout l'abdomen et principalement dans la partie droite. Ses réponses sont fort précises, mais sa parole est entrecoupée par suite du retentissement douloureux qu'elle provoque vers le ventre.

La pression de la région indiquée comme ayant subi le choc le plus violent arrache un cri de douleur ; la percussion dénote à ce niveau une matité dans l'étendue de la largeur de la main.

La vessie dépasse légèrement le pubis et le malade éprouve le besoin d'uriner sans pouvoir le satisfaire ; la sonde ramène une urine parfaitement limpide.

Nous posons le diagnostic d'épanchement sanguin péritonéal dû peut-être à quelque déchirure des organes internes, et nous prescrivons des applications de glace sur le ventre pour prévenir les accidents de péritonite. Le lendemain, le ventre se ballonne, le patient a du hoquet. Dans la soirée commencent les vomissements ; la douleur augmente, la distension abdominale est bien plus marquée et l'estomac forme une voussure visible jusqu'au-dessous de l'ombilic.

Toute cette région offre la résistance d'un coussin à air. A 9 heures du soir nous sommes mandé près du malade : la dyspnée, due au refoulement du diaphragme autant qu'à la douleur est très-grande ; l'indication surgit de vider l'estomac. N'ayant pas le tube de Faucher à notre disposition, nous différâmes l'opération jusqu'au lendemain.

Ayant souci de l'état de notre malade, nous eûmes hâte de le visiter de fort bonne heure le jour suivant. Les vomissements avaient continué toute la nuit et l'abdomen s'était développé encore davantage. La face commençait à se gripper le pouls était petit, serré fréquent ; le corps se couvrait d'une sueur froide.

L'estomac paraissant plus tendu encore que la veille, nous introduisons le tube-siphon qui permet de retirer plus de 2 litres d'un liquide extrêmement fétide, fécaloïde.

Après le lavage, le patient accuse un soulagement immense il respire librement, et se croit guéri.

Trois évacuations furent encore nécessaires après quoi le calme se rétablit ; les fonctions digestives revinrent en leur état normal et l'estomac reprit peu à peu son ampleur ordinaire.

OBSERVATION XVIII

Tirée de la thèse Thiébaud de Nancy 1882.

Hernie étranglée ; kélotomie. Dilatation, aiguë de l'estomac ; congestion pulmonaire. Mort. Autopsie.

Le 11 avril 1882. — Un médecin de la ville envoie à l'hôpital Saint-Léon un homme d'une cinquantaine d'années, fort obèse atteint d'étranglement herniaire irréductible.

Le soir de l'entrée, nous faisons une première tentative de taxis sans résultat. Le malade n'a point eu de garde-robe

depuis la veille au matin ; il n'a pas vomi, mais a de temps en temps un peu de hoquet ; le pouls est bon. Ventre un peu plus développé que de coutume mais souple et indolore.

Le lendemain quelques régurgitations et vers le soir un petit vomissement fécaloïde. Aucune matière, solide, liquide ou gazeuse n'a été rendue par l'anús, malgré un purgatif énergique. La tumeur herniaire persiste dans son irréductibilité mais est peu douloureuse.

Dans la nuit le ventre se ballonne ; la journée suivante son développement s'exagère ; l'estomac n'atteint pas l'ombilic. Le soir les symptômes d'étranglement continuant et le tympanisme abdominal gênant la respiration, nous concluons avec notre collègue le Dr Rohmer chef de clinique que le moment est venu d'opérer. L'opération est pratiquée avec succès. Le jour suivant, bien que l'opéré eût eu plusieurs gardes-robes liquides et abondantes, nous retrouvons le même météorisme abdominal avec ampliation exagérée de l'estomac qui descend à trois travers de doigt au-dessous du nombril.

Les vomissements continuent. Nous mettons en usage le tube de Faucher et retirons plus de quatre litres de liquide fécaloïde. Après le lavage le ventre est redevenu souple, la respiration est facile et le patient se croit sauvé.

Mais trois heures après, déjà les régurgitations, les vomissements le météorisme ont reparu. A la visite du soir, nous jugeons urgent de procéder de nouveau à l'évacuation. Plus de deux litres sont aspirés, au grand contentement du malade. L'auscultation des bases des poumons dénote une congestion pulmonaire double assez étendue.

La nuit est agitée. Le jour suivant le ballonnement excessif et la dyspnée indiquent un nouveau lavage ; quantité énorme de liquide. Le soulagement qui en résulte est moins

évident que la veille. Le facies est excavé et présente une teinte cyanotique.

Alcool, injections d'éther ne peuvent prévenir la terminaison fatale qui a lieu à 4 heures du soir, 48 heures après l'opération.

A l'autopsie, nous remarquons l'intégrité parfaite de la cavité péritonéale et de l'anse intestinale réduite qui a repris partiellement sa coloration normale.

L'estomac démesurément agrandi, a sa situation ordinaire, mais la grande courbure descend dans le flanc gauche jusqu'au niveau de l'épine iliaque. Il contient encore environ trois litres de liquide.

Les poumons sont imbibés de sang dans les trois quarts de leur étendue ; le foie et le tissu cardiaques sont gras, friables ce qui explique largement la mort rapide de notre opéré.

OBSERVATION XVIII

Un cas de mort par dilatation aiguë de l'estomac. Kirch.

(*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1899).

L'observation que publie l'auteur se rapporte à un garçon de 19 ans, sujet depuis quelque temps à de légers troubles digestifs et qui après une faute diététique (ingestion de trois assiettes de panade et d'une forte quantité de bière) est pris brusquement de symptômes abdominaux graves (douleurs violentes de l'abdomen, vomissements incessants, constipation, soif vive, abattement, apparition d'une collection liquide dans l'abdomen) faisant penser à une péritonite par perforation avec enkystement de l'exsudat. Ce diagnostic est abandonné le lendemain, dans une consultation, pour celui

de dilatation aiguë de l'estomac, le médecin consultant ayant eu l'occasion de voir deux cas analogues à la clinique du professeur Fraenkel.

Malgré le traitement (lavages de l'estomac, alimentation rectale, injections d'huile camphrée, etc.), le malade succomba dans l'espace de quatre jours. A l'autopsie, on trouva un estomac recouvrant à la façon d'un tablier tous les autres viscères et descendant dans le petit bassin. Pas d'autres lésions.

En rapportant cette observation, l'auteur insiste sur l'étiologie obscure de cette affection. Il admet que sous l'influence de la faute diététique commise, l'estomac déjà malade et peut-être légèrement dilaté s'était laissé distendre à l'extrême. Les aliments ne pouvant plus être évacués s'étaient décomposés et avaient provoqué une sorte d'auto-intoxication à laquelle étaient venus se joindre les effets de l'inanition, l'estomac ne résorbant même pas les liquides qu'on y introduisait. Le malade aurait donc succombé à l'action combinée de ces deux facteurs.

CONCLUSIONS

1° La dilatation aiguë de l'estomac est une maladie rare.

2° Son étiologie est très variée. Ainsi on a vu survenir la dilatation aiguë de l'estomac après des traumatismes violents ; dans la convalescence des fièvres graves comme la fièvre typhoïde ; après des repas trop copieux ; après l'absorption de laudanum ; après l'administration du chloroforme comme dans le cas cité par M. Morris dont je rapporte l'observation.

3° Sa pathogénie est aussi complexe. Certaines dilatations sont dues à un réflexe, tel serait le cas après un traumatisme. Cette opinion a été émise par M. le professeur Wertheimer de Lille.

Dans d'autres cas, les plus nombreux, la dilatation est due à une paralysie de l'estomac qui dès lors se laisse distendre par les aliments ingérés.

Enfin, des substances toxiques comme le laudanum, le chloroforme peuvent produire la dilatation aiguë en agissant sur les terminaisons nerveuses des nerfs moteurs de l'estomac le pneumogastrique et le sympathique.

4° Le traitement de la dilatation aiguë de l'estomac comprend : la réfrigération, l'électricité, le lavage qui agit de deux façons : d'abord il débarrasse la muqueuse

du contact irritant des aliments en voie de putréfaction, d'autre part il produit une stimulation des fibres musculaires lisses.

Enfin lorsque le traitement médical a échoué il faut s'adresser au traitement chirurgical qui comprend la résection ou la gastro-entérostomie essayée par M. Rémond et M. le professeur Jeannel de Toulouse.

Vu par le président de la thèse
DEBOVÉ

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Duplay. — Mémoire de 1833.

Erdmann. — Wirchow's archives Berlin, 1868. Un cas de Dilatation aiguë de l'Estomac après un traumatisme violent.

Funster. — 3 cas de Dilatation aiguë survenus à la suite de coups violents à l'Epigastre.

Hood 1890. — Un cas de dilatation aiguë de l'estomac.

Kirch 1899. — Un cas de mort par dilatation aiguë de l'estomac.

Hilton Fagge. — 3 cas de dilatation aiguë de l'Estomac.

Henry Morris. — 1 cas de dilatation aiguë de l'estomac, in the transactions pathological society.

Hughes Bennet. — 1 cas tiré des Principes et Pratique de la médecine.

Miller et Humby. — Un cas tiré du Traité de pathologie de Miller et Humby.

Le Poil. — Thèse de Paris, 1877.

Lechaudel. — Thèse de Paris, 1880.

Montoya. — Thèse de Paris, 1883-1884.

Hennart. — Thèse de Lille, 1892.

Thiébaud. — Thèse de Nancy, 1882.

Brinton. — Traité des maladies de l'estomac.

Debove et Rémond. — Traité des maladies de l'estomac.

